Een onderzoek naar dysfunctioneren van specialisten

P.LENS EN G.VAN DER WAL

SAMENVATTING

Doel. Inventarisatie van de omvang van dysfunctioneren van medisch specialisten.

Opzet. Retrospectief beschrijvend.

Plaats. 21 ziekenhuizen in Noord-Holland.

Methode. Na oriënterende gesprekken met sleutelfiguren en -instanties werden in de periode maart 1992-november 1993 door de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Holland de 21 ziekenhuizen in Noord-Holland bezocht. Van tevoren dienden de directies een schriftelijke vragenlijst ingevuld te retourneren.

Resultaten. Er was volgens de directies en medische staven over een periode van 5 jaar bij 93 van gemiddeld 2000 werkzame specialisten sprake van dysfunctioneren. Als symptomen van dysfunctioneren werden vooral genoemd: gebrek aan sociale vaardigheden, medisch-technische beoordelingsfouten en niet kunnen samenwerken. Er werd geklaagd over het gebrek aan genuanceerde sanctiemogelijkheden.

Conclusie. De neiging bestaat om het dysfunctioneren van artsen met de mantel der liefde te bedekken en er zelf het zwijgen toe te doen ('conspiracy of silence'). Door de contracteervrijheid van de verzekeraar en de grotere bevoegdheden van de inspectie volgend uit de nieuwe wetgeving zijn effectievere sancties in de toekomst mogelijk. Preventie geniet echter de voorkeur. De voorstellen van de de koepelorganisaties, zoals die aangaande betere sollicitatieprocedures en functioneringsgesprekken, worden helaas nog weinig toegepast. Verder onderzoek naar vóórkomen van dysfunctioneren in andere beroepsgroepen, bijvoorbeeld die van huisartsen en tandartsen, is gewenst.

INLEIDING

De inspectie krijgt nogal eens vragen om advies over dysfunctionerende artsen – soms van patiënten of ziektekostenverzekeraars, vaker van directies van instellingen, voorzitters van medische staven of leden van een maatschap of waarneemgroep. Het gaat dan om structurele – dat wil zeggen langer bestaande, recidiverende en 'therapieresistente' – problemen in het functioneren. Meestal gaan de vragen over artsen, soms over tandartsen, verloskundigen of paramedici. De bellers maken zich zorgen over de collega, maar vooral over de gevolgen van het dysfunctioneren voor de patiëntenzorg en over de goede naam van de instelling of de beroepsgroep. Men stelt het op prijs met de Geneeskundige Inspectie te overleggen. Menig inspecteur wordt na afloop van een dergelijk gesprek toch overvallen door een gevoel van machteloosheid. Enkele voorbeelden uit de ziekenhuiswereld:

Een ziekenhuisdirecteur belt op over een chirurg die wegens de kwaliteit van zijn werk door de maatschap al onder curatele is gesteld. Hij mag alleen nog maar eenvoudige ingrepen op de polikliniek verrichten. Ondanks deze afspraak is hij van plan deze week een patiënt van zijn galblaas met stenen te verlossen met gebruik van de laparoscoop. Hij heeft dit nog nooit gedaan, maar heeft op een congres gehoord hoe dit moet.

Een oogarts wordt door een ziektekostenverzekeraar verdacht van frauderen. Hij blijkt lasertherapie te hebben gegeven aan patiënten zonder afwijkingen aan het netvlies. Bij andere patiënten werd lasertherapie gedeclareerd, maar niet gegeven.

Een patiënte belt op over een gynaecoloog. Deze zou haar seksueel hebben misbruikt. Via-via is zij in contact gekomen met 5 andere vrouwen die soortgelijke ervaringen met deze arts zouden hebben gehad. Kan de inspectie er niet voor zorgen dat er een eind komt aan dit gedrag? Iedereen spreekt er schande van, maar niemand doet iets.

Wij hebben weinig literatuur gevonden over dysfunctioneren bij gezonde artsen. De meeste literatuur houdt zich bezig met de zieke dokter en de gevolgen van ziekte voor het functioneren.[1-3] In een recent rapport van de British Medical Association wordt gesteld: 'That doctors are suffering mental health problems as a result of their job has repercussions, not just for the doctors concerned. Those affected by mental health problems may not provide the same level of care as they could when healthy. If tired, angry or depressed, they may simply not have the energy left to recognise a patient's or relative's problems, or be able to offer the time to help which is such an important part of a doctor's job.'[4]

Uit de literatuur komt naar voren dat collega's het probleem proberen toe te dekken en er vaak het zwijgen toe doen. In een zeer lezenswaardig artikel in *The New England Journal of Medicine* schrijft McCue hierover het volgende: 'The reluctance of physicians and patients to discuss the effects of stress on physicians honestly – a conspiracy of silence – is a major obstacle to investigating the effects of stress on physicians.'[5]

De meeste auteurs wijzen erop dat de stress die het medische beroep met zich meebrengt, indien niet goed opgevangen en verwerkt, kan leiden tot dysfunctioneren.

Het constateren van dysfunctioneren, de mogelijke schade die patiënten van dysfunctionerende artsen ondervinden en het gevoel van personen in de omgeving dat zij onmachtig zijn hier daadwerkelijk iets aan te doen, hebben de inspectie voor Noord-Holland ertoe ge-

Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Holland, Postbus 3125, 2001 DC Haarlem.

Dr.P.Lens, regionaal geneeskundig inspecteur; dr.G.van der Wal, geneeskundig inspecteur.

Correspondentie-adres: dr.P.Lens.

bracht het probleem in kaart te brengen. Wij hebben onszelf de volgende vragen gesteld:
- Wat wordt onder dysfunctioneren verstaan?
- Hoe groot is het probleem?
- Welke oplossingen zijn er in het veld gevonden?
- Is het mogelijk om voor het veld en de inspectie richtlijnen op te stellen waarmee het probleem van dysfunctionerende artsen kan worden aangepakt?
- Hoe zou dysfunctioneren kunnen worden voorkomen?

Om praktische redenen hebben wij ons in eerste instantie tot de ziekenhuizen beperkt.

METHODE

In een retrospectief inventariserend onderzoek werden de aard en de omvang van het dysfunctioneren van specialisten in Noordhollandse ziekenhuizen over een periode van 5 jaar bestudeerd. Er werd gebruik gemaakt van een schriftelijke vragenlijst gevolgd door een gespreksronde. De vragenlijst werd samengesteld op basis van de ervaring met dysfunctionerende artsen die al bij de inspectie bestond, een literatuuroriëntatie en een serie gesprekken met sleutelfiguren uit het veld. Deze gesprekken hadden voorts ten doel ons algehele inzicht in de problematiek te vergroten.

In de periode maart 1992-november 1993 werden door 2 inspecteurs en 1 medewerker alle 21 ziekenhuizen in Noord-Holland bezocht: 17 algemene ziekenhuizen – waarvan enkele op meer locaties –, 2 academische en 2 categorale ziekenhuizen. Er werd gesproken met directies en vrijwel altijd ook met delegaties van stafbesturen. Eén van de onderwerpen was het dysfunctioneren van artsen. Tevoren was de vragenlijst aan de directie toegestuurd met het verzoek deze ingevuld vóór het gesprek terug te sturen. Deze lijst had ten doel het gesprek te vergemakkelijken en de tijd van ieder zo efficiënt mogelijk te gebruiken. Na afloop van de inspectieronde werden de gegevens van de 21 ziekenhuizen samengevoegd. De betrokkenen waren ervan op de hoogte dat de resultaten van het onderzoek (anoniem) in een rapportage zouden kunnen worden verwerkt.

RESULTATEN

Oriënterende gesprekken met sleutelfiguren

Beroepshalve hadden alle gesprekspartners vanuit hun organisatie met het dysfunctioneren van artsen te maken. De zorgverzekeraar, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Artsen-Onderlinge, de huisartsenvereniging, het Scheidsgerecht voor het Ziekenhuiswezen en het Medisch Tuchtcollege hebben natuurlijk alle een eigen invalshoek. Toch waren ze het over een aantal zaken eens:
- Het dysfunctioneren van artsen is een groot probleem. Niet omdat het zo vaak voorkomt, maar omdat het – als het voorkomt – ernstige gevolgen heeft en moeilijk is op te lossen.
- Over het algemeen duurt het dysfunctioneren geruime tijd (jaren) voordat het ergens aan de orde wordt gesteld.
- Er is vrijwel altijd een 'conspiracy of silence':[5] de omgeving hult zich in een medeplichtig stilzwijgen.
- De organisaties proberen ieder voor zich een oplossing te vinden. Onderling overleg is er nauwelijks.
- Als de dysfunctionerende collega ten slotte uit de waarneemgroep of de maatschap wordt gezet, wordt diens gedrag geheel oncontroleerbaar.
- Adequate sancties ontbreken (behalve bij het Medisch Tuchtcollege).

Enkele gesprekspartners hadden door hun positie eigen gegevens en ideeën over het dysfunctioneren van artsen.

Ervaring van zorgverzekeraars. Voor de zorgverzekeraar zijn (hoge) produktiecijfers soms een signaal van dysfunctioneren; het kan gaan om het ongeremd voorschrijven van medicijnen of om een overvloed van diagnostische verrichtingen. De komende contracteervrijheid biedt de mogelijkheid om de overeenkomst met een dysfunctionerende arts niet te verlengen.

Ervaring van de Artsen-Onderlinge. De Artsen-Onderlinge heeft een goed inzicht in het morbiditeitspatroon van artsen. Opgemerkt werd dat er in de rubriek 'langdurig arbeidsongeschikten' (langer dan 2 jaar) sinds 1980 een sterke stijging van het percentage personen met psychische aandoeningen heeft plaatsgevonden: van 20% in 1980 tot 40% in 1988.

Ervaring van de KNMG. Volgens de KNMG zijn communicatieproblemen vaak een symptoom van dysfunctioneren. Ongeveer 50 keer per jaar wordt men met dysfunctionerende artsen geconfronteerd. Sinds 1987 wijst men artsen op het Netwerk van de KNMG, dat hulp verleent aan artsen met psychische of lichamelijke problemen of ziekten. Als oorzaken van het dysfunctioneren scoren stoornissen in de persoonlijkheidsstructuur het hoogst, gevolgd door huwelijksproblemen. Dysfunctioneren is een probleem dat volgens de KNMG vooral door de beroepsgroep zelf moet worden opgelost.

Ervaring van het Medisch Tuchtcollege. Het Medisch Tuchtcollege kent 5 maatregelen die ten aanzien van een dysfunctionerende arts kunnen worden genomen: waarschuwing, berisping, boete, schorsing of ontzegging van de bevoegdheid. Zo kan bij 'ziels- of lichaamsziekte' of bij 'ouderdoms- of lichaamsgebreken' een schorsing of ontzegging volgen. Bij alcohol- of drugsgebruik kan volgens artikel 4a van de Medische Tuchtwet een ontwenningskuur worden opgelegd.

De ronde langs de ziekenhuizen

Van de 21 ziekenhuizen vulden 4 de vragenlijst niet vóór het gesprek in, of retourneerden deze niet. De reden was dat men het een precair onderwerp vond en onzeker was of de anonimiteit wel was gewaarborgd. In het gesprek zelf kon de inspectie alsnog deze vrees wegnemen, zodat alle gegevens toch werden verkregen. Van de 21 bezochte ziekenhuizen gaven 19 aan dat ze in de afgelopen 5 jaar (1987-1992) met dysfunctionerende artsen te maken hadden gehad. Dit kwam neer op 93 specialisten in 5 jaar (op een gemiddeld aantal van circa 2000 specialisten over die periode). Eén ziekenhuis had geen ervaring met het dysfunctioneren van specialisten; een ander zieken-

huis had er meer dan 5 jaar geleden wel mee te maken gehad, maar kon de zaak nu goed hanteren. Er waren 3 ziekenhuizen die ervaring hadden met het dysfunctioneren van 10 specialisten; 1 ziekenhuis had ervaring met dysfunctioneren van 14 specialisten (het maximum). Op de vraag waaruit dit dysfunctioneren bestond, werd het meest geantwoord: gebrek aan sociale vaardigheden (16 maal), medisch-technische beoordelingsfouten (15) en niet kunnen samenwerken (14). In de tabel zijn de antwoorden van de ziekenhuizen in volgorde van frequentie genoemd, gevolgd door een weging door de respondenten van de ernst van het dysfunctioneren.

Het dysfunctioneren werd vooral door artsen (17 ziekenhuizen) en verpleegkundigen (17) gemeld, gevolgd door patiënten (13) en anderen (5). Alle 19 ziekenhuisdirecties spraken de artsen aan op hun dysfunctioneren. Meer dan de helft van de instellingen bemiddelde bij het zoeken naar hulp (11); 4 ziekenhuizen achtten dit niet hun taak, 6 twijfelden of dit wel hun taak was.

Een kwaliteitsstandaard om dysfunctioneren aan af te meten ontbrak in 15 gevallen; 6 ziekenhuizen zeiden wel een dergelijke standaard te hanteren. Als criteria werden genoemd: herhaling van klachten (5 ziekenhuizen), schade berokkend aan de patiënt (1), het niet voldoen aan de KNMG-gedragsregels (1), de collectieve arbeidsovereenkomst (CAO) Ziekenhuiswezen (1), het stafreglement en de artikelen 1 en 4a van de Medische Tuchtwet (1).

Als hulpmiddelen bij de aanpak van dysfunctionerende artsen werden genoemd: het stafreglement (13 ziekenhuizen), het toelatingscontract (11), de arbeidsovereenkomst (9), de gedragsregels van de KNMG (5), artikel 1 van de Medische Tuchtwet (2) en confrontatie met het gedrag (1). Van de ziekenhuizen vonden 13 (meer dan de helft) dat ze sanctiemogelijkheden hadden. Genoemd werden de volgende mogelijkheden, oplopend in zwaarte: een diepgaand gesprek (2 ziekenhuizen), een waarschuwing (5), een verbod op bepaalde verrichtingen (1), disciplinaire maatregelen (1), de uit de CAO Ziekenhuiswezen voortvloeiende sancties (2), schorsing en eventueel ontbinding van het toelatingscontract (7).

De meeste van de ziekenhuizen ervoeren belemmeringen bij de aanpak van dysfunctionerende specialisten: het afschermen van collegae (6 ziekenhuizen), het ontbreken van genuanceerde sanctiemogelijkheden (5), het probleem dat bepaalde vormen van dysfunctioneren moeilijk juridisch te bewijzen zijn (2), de onbespreekbaarheid (2) en de professionele autonomie (2).

Het merendeel van de ziekenhuizen (17) had behoefte aan een protocol dat in werking zou treden bij dysfunctioneren van een specialist; 1 ziekenhuis had daarvoor een concept-protocol. Suggesties om het dysfunctioneren van artsen in de eigen instelling te voorkomen waren:

- het voeren van gesprekken met sollicitanten niet alleen door leden van de maatschap, maar ook door directie en stafbestuur, waarbij de stem van de maatschap niet zwaarder zou mogen wegen dan die van de directie en het stafbestuur;
- het nauwkeurig inwinnen van referenties en een bezoek aan de voormalige werkplek;
- een tijdelijk dienstverband dat pas na een half jaar overgaat in een toelatingscontract.

Intercollegiale toetsing (19 ziekenhuizen), supervisie (17) en bijscholing (16) werden genoemd als mogelijkheden om dysfunctioneren te corrigeren. Zware sancties als schorsing (15) en ontslag (15) werden bijna even vaak genoemd. Functionerings- en beoordelingsgesprekken (12) scoorden ook vrij hoog. Van de Geneeskundige Inspectie werden vooral adviezen verwacht (7), zo mogelijk een protocol (3), bemiddeling (3) en sancties (2).

Dysfunctioneren van specialisten en de inschatting van de ernst daarvan in 21 Noordhollandse ziekenhuizen in de periode 1987-1992

aard van dysfunctioneren	*aantal artsen*	*ernst**
gebrek aan sociale vaardigheden	16	6
medisch-technische beoordelingsfouten	15	7,5
niet kunnen samenwerken	14	6,5
incompatibilité d'humeur	8	5,5
nalatigheid	7	6
alcoholverslaving	5	8
andere psychiatrische problemen	3	6
frauduleus handelen	3	8
overvloedige diagnostiek	3	4
seksuele intimidatie	2	8
depressie	1	4,5
medicijnverslaving	0	7,5
anders†	11	–
niet aangegeven	5	–
totaal	93	

*Ernst van het dysfunctioneren op een schaal van 0-10 (10 staat voor: ernstigst).
†Als andere uitingen van dysfunctioneren werden genoemd: niet optimaal uitvoeren van medisch-technische handelingen, fouten bij opereren door lichamelijk gebrek van de chirurg, onderdiagnostiek, slechte voorlichting aan patiënten, intimidatie van de omgeving, onnodig doorverwijzen, en slechte overdracht van patiënten.

BESCHOUWING

Ons onderzoek in de ziekenhuizen had enige beperkingen waarmee bij het beoordelen van de resultaten rekening moet worden gehouden. Het onderzoek betrof alleen het ambtsgebied Noord-Holland. Er zijn echter weinig redenen om te veronderstellen dat de situatie elders in het land anders is. Er werd gesproken met ziekenhuisdirecties en stafbestuurders. De waarnemingen inzake dysfunctioneren zijn derhalve door hen juist bevonden.

Tevoren was geen definitie van dysfunctioneren gegeven. De reden daarvan is dat er alleen maar globale omschrijvingen van dit begrip in de literatuur te vinden zijn, die moeilijk geoperationaliseerd kunnen worden. Een definitie als 'gedrag dat structureel afwijkt van de norm die onder beroepsgenoten geldt' leidt tot de vraag: wat is dan die norm? In plaats daarvan werden in de vragenlijst symptomen van dysfunctioneren genoemd waarbij men een score kon aangeven. In de gesprekken werd echter

wel consensus bereikt over het begrip 'dysfunctioneren'.

Er bleek een grote variatie in aantal dysfunctionerende specialisten te zijn bij vergelijking van de instellingen (uitersten: 0; 14). Wij menen dat het probleem in het ene ziekenhuis inderdaad veel groter is dan in het andere. Dit hangt niet zonder meer samen met de grootte van het ziekenhuis. Een grondiger onderzoek zou nodig zijn om erachter te komen of er een verband is met factoren zoals fusie, het niet hebben van een opleiding, 'solopraktizeren'. Van de items 'gebrek aan sociale vaardigheden', 'niet kunnen samenwerken' en 'incompatibilité d'humeur' kan één cluster worden gevormd: 'gebrek aan communicatieve vaardigheden'. Dit symptoom werd in ruim 40% van alle gevallen van dysfunctioneren genoemd.

Weinig werden genoemd: frauduleus handelen, seksuele intimidatie, overvloedige diagnostiek en psychiatrische problemen. De eerste 2 symptomen werden zeer ernstig gevonden, 'gebrek aan sociale vaardigheden' werd minder zwaar veroordeeld. Medisch-technische beoordelingsfouten namen een middenpositie in. Ze kwamen vrij vaak voor (16%) en men vond ze zwaarwegend. Tellen wij 'nalatigheid' en 'overvloedige diagnostiek' erbij op, dan ontstaat de cluster 'medisch-technisch handelen'. In één op de vier vormen van dysfunctioneren (27%) speelde dit een rol. Verslaving aan alcohol en (of) drugs, en depressies – zo vaak beschreven in de literatuur – kwamen maar weinig voor (6%).

Alle directies spraken de specialisten aan op hun dysfunctioneren. Daarbij werd meer naar een pragmatische oplossing gezocht dan naar hulp in de vorm van therapie.

Het merendeel van de ziekenhuizen had geen kwaliteitsstandaarden om het dysfunctioneren aan af te meten. De opleidingsziekenhuizen – zowel de academische als de 'perifere' – hebben het voordeel dat opleiden het voortdurend toetsen van de kwaliteit van de gegeven zorg met zich meebrengt. Artsen in opleiding zijn bovendien minder geneigd om zich te beroepen op professionele autonomie. Wel is de autonomie van de hoogleraar vrijwel onaantastbaar; gelukkig is het dysfunctioneren van een hoogleraar zeer zeldzaam. Ook zonder kwaliteitscriteria kwam men tot de diagnose 'dysfunctioneren'. Alle gesprekspartners waren het erover eens dat het gedrag bij herhaling moet voorkomen voordat men van dysfunctioneren kan spreken. Het bewijzen van dysfunctioneren, bijvoorbeeld bij alcoholgebruik en seksuele intimidatie, vormt echter vaak een probleem: men begint vaak niet of te laat met dossiervorming.

De gedragsregels van de KNMG, de verschillende contracten en het stafreglement blijken minder normerend dan wij tevoren hadden verondersteld. Men vindt ze te globaal en te weinig genuanceerd voor de dagelijkse praktijk. Door de meeste ziekenhuizen werd als procedure om dysfunctioneren aan te pakken het stafreglement genoemd, in frequentie gevolgd door het toelatingscontract en de arbeidsovereenkomst. Eén ziekenhuis toonde een recent protocol dat bij dysfunctioneren kon worden gebruikt. Goede genuanceerde sanctiemogelijkheden ontbreken. De ultieme sanctie is ontslag of verbreking van het contract, maar maatregelen die qua ernst passen tussen een diepgaand gesprek en ontslag ontbreken vrijwel. Zowel directie als stafbestuur werd bij het nemen van maatregelen vaak afgeremd door overige leden van de staf. Er ontbrak bijvoorbeeld consensus in de staf, of de staf keerde zich als één man tegen het stafbestuur en (of) de directie. Andere factoren die een rol speelden, zijn: de dreiging van het 'heden hij, morgen ik', de conspiracy of silence en de professionele autonomie waarop de specialisten zich beroepen. Ook de ziekenhuizen waarbij artsen in loondienst zijn, ervaren deze problemen.

In de academische ziekenhuizen vinden functioneringsgesprekken plaats. Alle specialisten doen hieraan mee. De gesprekken met de hoogleraren worden gevoerd door de Raad van Bestuur. Hoewel de ziekenhuizen het erover eens waren dat hiervan een bijsturende werking zou kunnen uitgaan, merkte de inspectie dat er bij de niet-academische instellingen grote twijfel was over de haalbaarheid. De directies hadden het gevoel te ver van de werkvloer af te staan en merkten op dat de specialisten zich al gauw beroepen op hun professionele autonomie.

De inspectie meent dat het de moeite waard zou zijn als directies of divisie- of clustermanagers – bij wijze van experiment wellicht – functioneringsgesprekken zouden voeren. Functioneringsgesprekken zijn in de verpleging volledig geaccepteerd.

Aan loopbaanplanning werd door de instellingen weinig aandacht geschonken. Ook outplacement werd tijdens de ronde niet genoemd. Specialisten die het werk eigenlijk niet meer met plezier doen, merken op dat zij nu eenmaal 'niets anders kunnen'. In een recent artikel in *British Medical Journal* schrijft Welsh: 'Being at the top is like reaching a career plateau: There is nowhere else to go for the next 30 years, . . . plateaus are boring.'[6]

Ziekenhuisdirecties en stafbesturen verwachten bij dysfunctioneren van specialisten van de inspectie vooral advies, in de wetenschap dat de inspectie weinig sanctiemogelijkheden heeft. Slechts een enkele maal kan bij voldoende documentatiemateriaal het dysfunctioneren van een specialist door de inspectie aan het Medisch Tuchtcollege worden voorgelegd. De toekomstige wetgeving (de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) geeft de inspectie wel meer mogelijkheden om direct in te grijpen. Hierdoor kan, naar het zich laat aanzien, een arts bij dysfunctioneren gelast worden het werk onmiddellijk te staken.[7] Ook de inspectie moet hiervoor uiteraard goede gronden hebben.

De vragen van ons onderzoek werden grotendeels beantwoord, alleen de vraag naar de mogelijkheid om richtlijnen en (of) een protocol bij dysfunctioneren te ontwikkelen niet. Deze ontwikkeling kan in eerste instantie het best door het veld zelf ter hand worden genomen. Het ligt voor de hand dysfunctioneren landelijk en ook bij andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg in kaart te brengen. Wij hopen met dit artikel de conspiracy of silence te doorbreken.

Met dank aan alle directies en stafbesturen van de ziekenhuizen in Noord-Holland, mw.S.L.Hosman-Benjaminse, geneeskundig inspecteur, voor haar deelname aan een aantal bezoeken en mw.C.van Voorden-Doornenbal, projectmedewerker, voor de verslaglegging.

ABSTRACT

An investigation into dysfunctioning of medical specialists attached to hospitals.

Objective. To determine the volume of dysfunctioning of medical specialists.

Design. Descriptive.

Setting. 21 hospitals in the Dutch province of Noord-Holland.

Methods. After introductory conversations with key figures in this field, the Health Inspection visited 21 hospitals in Noord-Holland. Managers or medical staff had previously returned written questionnaires.

Results. According to medical staff and management 93 of 2000 specialists had been found to dysfunction, over a period of 5 years. Symptoms of dysfunctioning were lack of social skills, mistakes in medical judgment and inability to work in a team. Authorities complained of a lack of subtle sanction possibilities.

Conclusion. Hospital boards are inclined to cover up dysfunctioning of specialists in a 'conspiracy of silence'. More effective sanction possibilities are at hand, since the new legislation, although prevention is preferred. Proposals to intensify application procedures and evaluate medical functioning are not followed. Investigating dysfunctioning in other professions, like general practice and dental care is advisable.

LITERATUUR

1 Lens P. Zieke dokters [proefschrift]. Utrecht: Bunge, 1984.
2 Anonymous. The doctor is unwell [editorial]. Lancet 1993;342:1249-50.
3 Man KJ de, Schudel WJ. Hulpverlening aan artsen. Med Contact 1993;48:1541-3.
4 British Medical Association. Morbidity and mortality of the medical profession in relation to the differential workload that they carry. London: British Medical Association, 1993:33.
5 McCue JD. The effect of stress on physicians and their medical practice. N Engl J Med 1982;306:458-64.
6 Welsh EA. Plateaus are boring. BMJ 1993;307:944.
7 Verhoeff J. De rol van de inspectie, ontwikkelingen. Med Contact 1994;49:32-4.

Aanvaard op 13 april 1994

Casuïstische mededelingen

Nut van behandeling van laaggradig glioom nog omstreden

A.TWIJNSTRA, M.J.B.TAPHOORN EN J.TROOST

Elk jaar wordt in Nederland bij bijna 1000 mensen een primaire hersentumor vastgesteld, waarvan het glioom de meest voorkomende is.[1] De mate van kwaadaardigheid van een glioom wordt, op grond van histologische criteria, uitgedrukt in gradaties.[2] Naarmate een glioom een hogere maligniteitsgraad heeft ('hooggradiger' is), is de prognose voor de patiënt in het algemeen slechter. Het laaggradige glioom maakt ongeveer 10% van de supratentoriële gliomen uit. Het kenmerkt zich door een langzame groei en wordt daarom nogal eens 'betrekkelijk goedaardig' genoemd. De laaggradige gliomen kunnen in de loop van de jaren ontaarden tot gliomen van een hogere maligniteitsgraad. Laaggradige gliomen komen meestal aan het licht door de epileptische aanvallen, zonder dat de tumor zelf uitvalsverschijnselen heeft veroorzaakt. Omdat de epilepsie meestal goed behandeld kan worden zonder dat daarvoor iets aan de tumor gedaan behoeft te worden, ontstaat er een therapeutisch dilemma.

Academisch Ziekenhuis, vakgroep Neurologie, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.
Dr.A.Twijnstra en prof.dr.J.Troost, neurologen.
Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, vakgroep Neurologie, Amsterdam.
Dr.M.J.B.Taphoorn, neuroloog.
Correspondentie-adres: dr.A.Twijnstra.

SAMENVATTING

Over de behandeling van het laaggradige glioom bestaat in de literatuur verschil van mening, met name de behandeling met radiotherapie staat ter discussie. Uit een aantal retrospectieve onderzoeken is gebleken dat radiotherapie de overleving doet toenemen en hernieuwde tumorgroei uitstelt. Radiotherapie kan op de lange termijn echter diverse bijwerkingen veroorzaken.

Bij 4 patiënten werd een laaggradig glioom vastgesteld: een vrouw van 54 en 3 mannen van 51, 31 en 16 jaar. Bij 3 leidde afwachtende behandeling, gecombineerd met anti-epileptica, of met radiotherapie en gedeeltelijke tumorverwijdering (n = 1) tot een jarenlange periode zonder klachten. Bij de 4e ontstond na radicale tumorextirpatie, gevolgd door radiotherapie, een tumorrecidief waaraan patiënt overleed.

Over de behandeling van het laaggradige glioom wordt verschillend gedacht.[3-11] Aan de ene kant zijn er voorstanders van een 'agressieve' aanpak, die bestaat uit het verwijderen van zoveel mogelijk tumorweefsel en postoperatieve bestraling. Aan de andere kant zijn er voorstanders van een afwachtende houding: de patiënt bij wie een laaggradig glioom is vastgesteld, wordt nauwgezet gevolgd; pas wanneer er progressie van de tumor optreedt, wordt behandeld. Aan de hand van 4 ziektegeschiedenissen gaan wij in op deze controverse met betrekking tot de behandeling van het laaggradige glioom.